

Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política

Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras*

Michele de Freitas Faria de Vasconcelos^(a)

Catia Paranhos Martins^(b)

Dagoberto de Oliveira Machado^(c)

Vasconcelos MFF, Martins CP, Machado DO. Institutional support as a conducting wire for the Maternity Hospital Qualification Plan: the National Humanization Policy defending Brazilian women and children's lives. *Interface* (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:997-1011.

The National Humanization Policy (PNH) has tried to use institutional support as a methodological strategy for influencing management and care methods in the Brazilian Health System (SUS) and thereby qualifying them. In this paper, we aimed to examine the relationship between the institutional support function and humanization, based on the experience achieved in the Maternity Qualification Plan (MQP), for which the contribution of PNH focused precisely on the objective of designing the institutional support function. Based on the understanding that, in order to change the care and management model for delivery and birth, it is necessary to interfere with 'dehumanizing' healthcare practices, the institutional support for the MQP was constituted as a conducting wire, which had the scope of weaving a collective network of healthcare production for maternal and child health through creating collective spaces for analysis and influence on practices.

Keywords: Institutional Support. Comanagement/Participative Management. Humanization of Delivery. Perinatal Networks.

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem experimentado apoio institucional como estratégia metodológica para interferir em modos de gerir e de cuidar no Sistema Único de Saúde (SUS), qualificando-os. Neste artigo pretendemos analisar a relação entre função apoio institucional e humanização, valendo-nos da experiência realizada no Plano de Qualificação de Maternidades (PQM), para o qual a contribuição da PNH centrou-se justamente no objetivo de desenhar a função apoio institucional. Tendo por base o entendimento de que, para mudar o modelo de atenção e de gestão ao parto e nascimento, é preciso interferir em práticas de saúde 'desumanizadoras', no PQM o apoio institucional se constituiu como fio condutor, cujo escopo foi o de, por meio da criação de espaços coletivos de análise e interferência nas práticas, tecer uma rede coletiva de produção de saúde materna e infantil.

Palavras-chave: Apoio institucional. Cogestão/gestão participativa. Parto humanizado. Redes perinatais.

* Elaborado com base em dois documentos em cuja produção estivemos engajadas/o: Relatório Final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal de Nordeste/Rede Cegonha (2012), publicado em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RELATORIOFINALPQMfinal.pdf>>, e Guia para Apoio Institucional à Implementação da Rede Cegonha (2012), ainda não publicado.

^{(a),(c)} Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde. SAF Sul, Trecho 02, Bloco F, Edifício Premium, Torre II, sala 102. Brasília, DF, Brasil. 70070-600. michelevasconcelos@hotmail.com; dagoesef@gmail.com
^(b) Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Dourados, MS, Brasil. catiaparanhos@hotmail.com

Sobre um modo de fazer apoio institucional no qual temos apostado

Nos últimos anos, temos assistido a uma espécie de efervescência da função apoio institucional. Muito tem se falado, experimentado e apostado em tal função como estratégia para qualificar modos de gerir e cuidar no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa aposta tem sido potencializada, inclusive, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), o qual, desde 2011, propôs o “apoio integrado” como forma de organizar as ações de suas equipes. Na direção de fortalecer e conformar de modo mais horizontal as relações interfederativas, no sentido de cooperação e corresponsabilização, equipes articuladas de apoio do MS às redes temáticas (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Psicossocial) e ao planejamento das regiões de saúde têm procurado se situar na interface com estados e municípios, apoiando-os. Nesse processo, observa-se uma polissemia de sentidos e de modos de operar apoio.

Imersas/o e compondo esse cenário polissêmico, parece caber perguntar: em que consiste, para nós, a força da função apoio institucional? Como, por meio dela, se podem produzir mudanças na atenção e na gestão do SUS? Qual é a especificidade da função apoio institucional em que nós apostamos? Como ela funciona?

A partir do acúmulo de experimentação acerca da função apoio institucional pela Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão do SUS (HumanizaSUS), ao longo de seus dez anos de existência, as propostas do presente texto são: descrever e analisar como se tem operado tal função na PNH^(d); discutir como tal política tem experimentado e apreendido o apoio institucional; e apontar potencialidades e desafios encontrados no processo de apoiar. Em outros termos, com esta escrita, almejamos pensar a relação entre apoio institucional e humanização no SUS e, assim, pinçar pistas metodológicas para desenvolver a função apoio.

Qual é a especificidade da função apoio institucional, mas, também, da humanização em que apostamos? Como o apoio institucional e a humanização funcionam, por meio de que modos de fazer? São perguntas importantes nesses tempos em que várias diretrizes e dispositivos que compõem a PNH figuram em portarias ministeriais; quando tal política sofre transformações severas no seu modo de habitar a máquina estatal, sendo chamada e até convocada a participar do jogo. No decorrer desses anos de feitura da política, temos experimentado e acumulado um determinado modo de fazer humanização e apoio, e temos observado efeitos no processo de qualificação da atenção e da gestão do SUS. Em decorrência disso, prosseguimos na aposta nesse modo de fazer.

Para tanto, nos valeremos da experimentação do apoio institucional no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM). Entendemos que o PQM pode funcionar como um exemplo interessante, na medida em que se trata de uma experiência já finalizada, a qual foi composta por várias diretrizes e dispositivos da PNH, e porque a contribuição central de tal política na implantação do Plano foi justamente a oferta metodológica do apoio institucional. Ou seja, no processamento do PQM (2008-2011), pode-se observar a PNH encarnada, seu modo de fazer e, inclusive, de operar o apoio.

^(d) Parece não ser demais dizer, também, que, no próprio bojo da PNH, têm se configurado formas diferentes e nem sempre convergentes de fazer apoio institucional. Por um lado, essa constatação é importante, pois se aposta que produzir o comum de uma política é um movimento que se tece não pela hegemonização, mas pela composição entre diferentes formas de operar e de pensar. Por outro lado, quando se observa ganhar força um desejo – funcionando no seio da PNH – de alinhamento de modos de fazer apoio institucional, aponta-se, como fio da navalha, o ‘risco’ que sempre corre uma política – que se quer coletiva, contingente e processual – de funcionar cooptada pelas forças de Estado.

Da relação apoio institucional e humanização no SUS

O SUS configura-se como campo de disputa. Práticas biopolíticas^{1,2} habitam esse campo, as quais tendem a funcionar articuladas com arranjos de poder que têm a vida humana como alvo, uma vida que deve ser: administrada, calculada, gerida, regrada, normalizada, investindo-se, para tanto, no acesso, na exposição e na manipulação do corpo individual e social. No que se refere à assistência materna, parecem ser essas práticas e a racionalidade a elas associadas que coadunam a transmutação da gravidez em doença e da mulher grávida em doente, a qual, do pré-natal ao parto, tende a encontrar-se sujeita a intervenções e decisões sobre seu corpo pela equipe de saúde. Essa mesma racionalidade biopolítica de majoração e regulação da vida humana parece compor com o cenário de desassistência ou assistência travestida em moral a mulheres em situação de abortamento. Entretanto práticas de (re)existência também habitam esse campo, tensionando modos prescritos e naturalizados de assistência à saúde materna.

Nascida em 2003, a PNH gesta-se engajada com essas práticas de (re)existência no âmbito do SUS, objetivando concretizar o direito à saúde de todos/as e qualquer um/a, garantido constitucionalmente. Balizando-se em movimentos de resistência no âmbito da saúde, tais como as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, tal política emerge dos acúmulos do SUS, mas, sobretudo, de uma vontade de invenção que vai no sentido de produzir enfrentamentos e modos de superar dificuldades e obstáculos ainda existentes no processo de mudança e qualificação da atenção e da gestão no SUS.

Para a PNH, levar adiante/atualizar a luta pela saúde como direito e qualificar práticas de atenção e de gestão no SUS são objetivos que solicitam o envolvimento de diferentes atores/atrizes – gestores/as, trabalhadores/as, usuários/as, movimentos sociais – nos momentos de planejamento/formulação, acompanhamento, execução e avaliação das práticas de saúde. O entendimento é, assim, o de que não se constrói nem se fortalece uma política pública sem articulação entre diferentes sujeitos e coletivos em suas especificidades e em seus movimentos.

Com isso, o que se está querendo dizer é que é possível pensar e fazer política pública de saúde como política de coletivo, que emerge e se atualiza mediante “embate entre o poder constituído e estabilizado como políticas de Estado e o poder constituinte [...] que confere às políticas de saúde uma permanente dinâmica de criação”³. “Política pública, políticas dos coletivos. Saúde pública, saúde coletiva”⁴. Uma política pensada dessa maneira não quer multiplicadores, nem seguidores, mas ‘interventores’; não opera por prescrições, mas por práticas contingenciais, muito bem datadas e contextualizadas; amplia o sentido de política, concebendo-a como atividade que coloca sujeitos em relação para fazer-pensar-problematizar normas, valores, instituições e práticas sociais, num processo de ativação, composição e intervenção coletiva nos modos de viver e conviver.

Em outros termos, a humanização das práticas de saúde^(e), tal como formulada pela PNH, se expressa na valorização dos diferentes sujeitos e coletivos envolvidos no processo de produção de saúde, partindo de suas experiências concretas, de suas lutas cotidianas e singulares, da possibilidade de produção de práticas anti-hegemônicas, as quais fazem frente “aos processos de sucateamento da vida, de recusa aos processos de precarização do trabalho, de enfrentamento das práticas de tutela de trabalhadores e usuários, afirmando o direito a uma vida que difere e fabrica um comum”⁵.

Nessa direção, engajada com dois movimentos simultâneos e complementares – abertura de espaços para participação coletiva e comprometimento de sujeitos e

^(e) Cabe dizer que, para a PNH, ‘humanizar’ diz respeito a interferir em práticas de saúde qualificadas como ‘desumanas’, expressões de formas precárias de organização dos processos de trabalho. Em outros termos, ‘humanizar’ diz respeito a interferir em modos de gerir e de cuidar, a intervir em condições concretas do âmbito do trabalho⁶.

coletivos com a construção do SUS, afirmando sua dimensão constituinte –, a PNH se tece com a tarefa de fazer viva a aposta coletiva no SUS como “causa comum: o comum que permite a comunicação, a comunidade de interesses e compromissos e a comunhão de sentidos” múltiplos⁵. Em outros termos, o que se quer é comprometer sujeitos e coletivos com o próprio processo de construção do SUS e de suas políticas, compondo-o, e não mais – ou, pelo menos, não só e não sempre – tendo seus corpos e suas saúdes sequestradas por práticas e linguagens que falam em seu nome, posto que suas falas e seus nomes podem tecer o SUS.

Entretanto vale dizer que, para se fazer do SUS uma aposta comum nos termos acima expostos, parece ser imperiosa uma mudança na relação da sociedade com tal sistema. Mas como mudar a relação da sociedade brasileira com o SUS? Uma sociedade que – sujeita aos apelos midiáticos, a lógicas representacionais e consensuais, a formas caducas de agremiação, a práticas assistenciais ‘desumanizadoras’ – tende a não apostar no sistema, a subsumi-lo às visões de sucateamentos, longas filas de espera, desassistência ou assistência não qualificada ou, ainda, assistência precarizada à também ‘precária’ população situada no nível da pobreza.

A PNH tem apostado que, para mudar a relação da sociedade com o SUS, é necessário habitar o cotidiano dos serviços de saúde, interferindo em processos de trabalho para transformar ‘práticas desumanizadoras’, as quais, expressando formas precárias de organização da atenção e da gestão do SUS, solicitam, justamente por isso, intervenção. Ou seja, é preciso intervir nas práticas de saúde, modificando-as e qualificando-as.

Nessa direção, aponta-se a importância de se construírem norteadores metodológicos que indiquem – e, por meio dos quais, se experimente – essa intervenção no cotidiano das práticas de saúde e, com ela, a produção de modos de fazer em saúde que possam dar corpo aos princípios e às diretrizes do SUS e, de forma subsequente, produzam um ambiente para a aposta comum nesse sistema. A aposta é a de que o apoio institucional é uma estratégia político-metodológica relevante nesse processo, e que a PNH é uma política que tem acúmulos importantes no que se refere à experimentação de tal estratégia, na medida em que, desde sua gestação, tem lançado mão da função apoio como modo de intervir e qualificar práticas de atenção e gestão no SUS.

Mas o que significaria intervir nas práticas e no cotidiano em saúde por meio da função apoio institucional? No sentido proposto pela PNH, intervenção não diz respeito a um modo de fazer vertical de ‘alguém’ que vem ‘de fora’ e aplica algo (que pode ser uma portaria) ou se insere num dado contexto ou dado serviço sem considerar o conjunto da produção coletiva das práticas cotidianas. Intervenção é exercida tanto pelo/a apoiador/a quanto pelo grupo, sendo justamente na articulação do grupo com o/a apoiador/a que emerge a função apoio institucional, a qual é sempre uma função coletiva. Dessa forma, a tessitura do apoio é alinhavada na experimentação da própria intervenção. É nesse sentido que⁷ assinalam que apoiar é uma tarefa que se desenvolve ‘em ato’.

Mas em que consiste a atitude de intervir? Aqui convidamos Lourau⁸, para quem fazer intervenção é operar um movimento de “articular lacunas, ver relações onde só se percebiam elementos coerentes e homogêneos, comprovar um problema onde se julgava existirem soluções”, ou seja, produzir perturbação no que parece óbvio nas cenas instituídas de produção de saúde. A função apoio intenta, assim, por meio dessa perturbação, produzir espaços em que as intervenções possam mudar e qualificar práticas em saúde. De outra maneira, para a PNH, intervir por meio do apoio institucional tem o sentido de interferir em práticas de organização do trabalho em saúde, qualificando-as por meio da produção de espaços de discussão e decisão em que participam os diferentes sujeitos e coletivos envolvidos no processo de produção de saúde, levando-se em consideração as perturbações advindas de tal participação⁹.

O referencial conceitual do apoio institucional: algumas pistas

Neste item do texto, nos valem das discussões conceituais sobre apoio institucional que produzimos para o documento, não publicado, do Ministério da Saúde intitulado *Guia para implementação do apoio institucional na Rede Cegonha*¹⁰. Para compor essa parte do documento, fizemos uma garimpagem em cartilhas da PNH, cadernos HumanizaSUS e, sobretudo, artigos do dossiê Humanização da Revista Interface de 2009, em busca de sistematizar uma concepção de apoio institucional a partir da composição entre trechos dispersos em cada texto. Como resultado desse processo, produzimos a parte conceitual do guia, a qual, com algumas modificações e enxugamentos, reproduzimos aqui. Esperamos que o efeito da leitura desse item do texto se desenrole, assim como o foi para nós, num movimento de pinçar algumas pistas para o processo de feitura do apoio institucional.

De início, seguindo indicações do Ministério da Saúde¹¹ e de Oliveira¹², cabe destacar o que parece mais fácil, ou seja, com que funções o apoio institucional, da forma como o temos pensado neste texto, não poderia se confundir. Em outras palavras, o/a apoiador/a não pode funcionar como:

- 1) uma referência técnica de alguma área, com vistas a implantar, nos estados e municípios, o que versa a portaria sobre certas políticas;
- 2) um/a assessor/a, capacitador/a ou supervisor/a de equipes e serviços de saúde, que com seu olhar superespecializado, a partir de um saber 'externo' ao grupo, prescreve 'os' modos certos de fazer;
- 3) um/a consultor/a, que trabalha com um grupo de forma pontual e reduz o escopo de sua ação a palpar sobre o trabalho e dizer das mazelas do grupo;
- 4) um/a 'místico/a', alguém 'iluminado/a', com capacidade de resolver todos os problemas, reduzindo o protagonismo dos sujeitos;
- 5) uma caixa amplificadora dos problemas, entendendo-os como imutáveis e tendendo a conformar-se com que tudo mude para que fique como está;
- 6) um/a salvador/a, que veio para 'resgatar' o grupo de um 'outro' a quem se foca a 'culpa' dos problemas, coadunando com processos de vitimização, culpabilização e individualização.

Mas, afinal, como se dá corpo à função apoio institucional na qual apostamos? Quais elementos o vestem? Abaixo, a partir de fragmentos de textos sobre humanização, em que encontramos definições de apoio institucional, pinçamos algumas pistas que talvez possam ajudar a 'montar' um corpo para o apoio institucional.

Apoiar para ampliar o grau de grupalidade das equipes

O apoio institucional configura-se como uma estratégia metodológica para enfrentamento de importantes desafios que o trabalho em saúde, por toda a sua complexidade, faz emergir: manejar com a impotência, com limites dados por algumas situações, com a dor, com a morte^{6,13,14}. Assim, os/as apoiadores/as tendem a funcionar como

[...] agentes que contribuem para a problematização de realidades institucionais, construindo com as equipes de saúde mudanças nas percepções e nas formas de lidar com conflitos, ampliando processos de grupalidade e, conseqüentemente, alterando atitudes e produzindo condições para a superação de problemas e desafios do cotidiano do trabalho em saúde.⁶

Nesse sentido, o/a apoiador/a "penetra no grupo para acioná-lo como dispositivo", atravessando-o, não com o intuito de feri-lo ou de apontar suas debilidades, e sim para operar junto com o grupo num processo de modificação na própria grupalidade, bem como nas formas de organizar os processos de trabalho e ofertar ações de saúde, buscando construir e sustentar uma atitude de corresponsabilização¹¹.

Por meio da ativação da grupalidade e da atitude de corresponsabilização dela decorrente, pode-se produzir uma rede de compromissos e um modo de contratualizar tarefas – inclusive, as tarefas e os objetivos/a do/a próprio/a apoiador/a^(f) –, ampliando o grau de eficácia das ações e a capacidade de intervenção do grupo. Em última análise, o que se está propondo é que o ponto de partida do trabalho de apoiadores/as institucionais se situe nas relações, mapeando como elas funcionam e favorecendo a produção de novas conexões. Nessa direção, é possível abrir espaço para a produção do que¹⁴ intitula uma *rede coletiva de saúde*.

Apoiar como estratégia de cogestão

Ainda de acordo com Campos¹⁴, apoiar é uma função coletiva: “trata-se de uma função que se expressa num determinado modo de fazer, que não está localizada numa pessoa e persegue a criação de grupalidade, de forma a fortalecer e montar redes de coletivos”. Dessa forma, não se trata de ‘fazer por’ ou ‘fazer para’, mas ‘fazer com’. Assim, por meio da estratégia do apoio institucional, almeja-se conferir materialidade à cogestão, “de um apoio à cogestão que se destina a afirmar e a atizar a produção de coletivos organizados”¹³. Nesse mesmo sentido, não se trata de assegurar acesso com qualidade da atenção prestada, partindo-se de concepções e determinações externas aos serviços e a suas equipes. Ao contrário, entende-se que apoiar constitui-se em “ajudar os coletivos organizados na produção e na articulação de arranjos, pactos e ações concretas, capazes de viabilizar mudanças na gestão, indispensáveis para que haja também mudanças na atenção”¹³.

Em outros termos, a gestão dos processos de trabalho é entendida aqui como desafio coletivo, e a função apoio institucional como uma provocação do exercício coletivo de análise e regulação do próprio trabalho, permitindo “ajustar o previsto (normas, regras, metas etc.) às necessidades e jeitos dos sujeitos, seus interesses e demandas, sua capacidade de invenção”¹³.

Apoiar como um agir micropolítico no cotidiano

De acordo com Veyne¹⁵, “não se deve falsear a apreciação do possível sustentando que ‘as coisas são o que são’, pois, justamente, não há coisas: só existem práticas”. Seguindo tal indicação metodológica, parece ser fecundo focar a visada sobre as práticas de saúde, que entendidas como produtos de um dado tempo e espaço, são possíveis de ser alteradas. Se outras práticas de saúde sempre são possíveis, as coisas não seguem sendo o que são e nelas se pode interferir. Ou seja, pode-se analisar e interferir no cenário de ‘precarização’, ‘fragmentação’, ‘desgaste’, ‘insatisfação’, ‘adocimento’, o qual tende a ser gradiente dos processos de trabalho em saúde pública.

Se as coisas não seguem sendo o que são, se nelas é possível interferir, o processo de trabalho de um/uma apoiador/a parece precisar envolver um agir coletivo no cotidiano dos serviços e redes de saúde, produzindo porosidades na cena institucional. Para tanto, suas ações pedem o entendimento e a habitação do próprio cotidiano das práticas de saúde como paradoxo: “a depender dos agenciamentos que se efetuam nos processos, o cotidiano pode ganhar densidade pela experiência que provoca ao pensamento, nos fazendo criar outras práticas”¹⁶, que possam fazer frente à individualização, à automação e às rotinas racionalizadoras que tendem a compor o cotidiano do fazer em saúde.

^(f) Lembremos: concomitantemente ao fortalecimento da grupalidade do grupo apoiado, o primeiro objetivo de um/a apoiador/a deve consistir em contratualizar, com o grupo, seus objetivos, tarefas e produtos num dado tempo estipulado de trabalho com o grupo. Evidentemente, esses objetivos e tarefas são processuais, e vão se fazendo no próprio ato de apoiar, mas tanto o/a apoiador/a quanto o grupo precisam de nortes a seguir, a partir dos quais se darão as negociações.

Apoiar para construir coletivamente novas práticas no SUS

Se as coisas não são eternas e imutáveis, pode-se apoiar a construção coletiva de práticas inéditas de trabalho em saúde, na medida em que trabalhar é justamente

[...] gerir e colocar à prova experiências, saberes, prescrições; é lidar com a variabilidade e imprevisibilidade que permeiam a vida, criando novas estratégias, novas normas. Ao gerir o trabalho, os sujeitos criam e recriam saberes sofisticados e necessários ao seu fazer. Desse modo, como afirmou Yves Clot (2000), a análise do processo de trabalho requer perceber não somente o que foi feito, mas como foi feito, o que se deixou de fazer, o que foi desfeito e o que não se conseguiu fazer.⁷

Diante das indicações acima, o caminho metodológico que deve ser alinhavado pelo apoio institucional solicita a mobilização coletiva, no sentido de evidenciar e provocar desestabilizações na paisagem de trabalho instituída, quando o que se quer é fortalecer sujeitos e coletivos, que podem incorporar formas de trabalhar que afirmam a vontade de invenção própria da vida¹³.

A partir de tal itinerário, pode-se desviar de prescrições reificadas, para engajar-se num movimento de tessitura e experimentação de outros modos de fazer no cotidiano de trabalho em saúde. Se o que se almeja é intervir para mudar práticas de produção de saúde naturalizadas, sempre que estas estiverem na contramão do que preconiza o SUS, é fundamental partir desses modos de fazer-saber forjados nas brechas de um cotidiano de trabalho supostamente automatizado. Rastrear tais modos de fazer-saber, procurar essas brechas, conhecê-las, produzi-las, potencializá-las, eis o objetivo. É desta forma que o apoio institucional se configura como um fazer 'em ato' que se efetiva em meio a processos: desde a construção coletiva de um campo de intervenção, entendendo intervenção justamente como a criação de espaços coletivos de análise em que saberes e fazeres reificados podem ser desnaturalizados.

Apoiar para analisar processos de trabalho e elaborar projetos de intervenção

A esta altura, parece óbvio dizer que o/a apoiador/a tem como tarefa contribuir para que os grupos ampliem sua capacidade de análise sobre o que fazem e, a partir dessa análise coletiva, e não de um 'superolhar especialista vindo de fora', reorganizem seus processos de trabalho, aumentando a efetividade do que se faz e de como se faz. Nesse sentido, como afirmam Vasconcelos e Morschel¹⁷, a função apoio institucional envolve

[...] fomentar análises sobre a dinâmica de relações, de poderes, de práticas, de significações, de afetos que permeiam o estabelecimento analisado, colocando-as a serviço de todas as pessoas aí situadas, conferindo-lhes, assim, meios para pensarem sobre sua função e funcionamento, aliando-se a elas na análise de ranços institucionais e problemas organizacionais e na subsequente abertura de sentidos, construção de redes e de práticas inéditas.

Apoiar para produzir análises contingenciais

Cada estado, município, secretaria, serviço de saúde tem uma história, está localizado numa dada região, com relações singulares de fazer/poder/saber. Todo território comporta, assim, uma complexidade e pede por uma certa conformação contingencial da função apoio. Dessa forma, a tarefa do apoio, muito mais que uma receita, pede fluidez. "Ela deve ser composta a partir de análises conjunturais, das particularidades de cada cenário"¹⁷.

Apoiar como modo de habitação do 'entre'

Como articulador/a e conector/a de uma rede coletiva de produção de saúde, a ousadia do/a apoiador/a parece ser a tentativa de compor um território de habitação, no qual se possa atuar

[...] borrando e embaralhando lugares previamente constituídos como aqueles convencionalmente denominados, identificados, dicotomizados como lugares de atenção e de gestão, de trabalhadores de saúde e de usuários. O apoio institucional se coloca aqui como um híbrido que, sem ponto de partida e de chegada, se faz em meio, no entre, nas margens, movimentando-se e pondo a movimentar os pontos conectados.¹⁷

É nessa direção que se afirma que a função apoio institucional diz respeito a uma habitação e uma ação no 'entre', no sentido deleuziano¹⁸: entre clínica e política, entre produção de saúde e de subjetividade, entre atenção e gestão, entre núcleos profissionais e campo¹⁴, entre profissionais e usuários/as, entre saúde e outros setores sociais, entre governo e movimentos sociais, entre serviços de saúde e cidade, entre demandas e ofertas, entre trabalho e formação, entre o instituído e a possibilidade de invenção de novas formas de cuidar e gerir em saúde. O apoio opera justamente nesta região limítrofe, nas fronteiras, lá onde estes domínios se interferem mutuamente, trabalhando na direção de ampliar a comunicação, a articulação e a transversalização das práticas e dos saberes no bojo das organizações de saúde.

Apoiar para criar espaços não hierarquizados de articulação entre saberes

Os espaços coletivos já existentes ou a serem criados pela entrada do/a apoiador/a, tais como reuniões, comitês, fóruns etc., podem funcionar de modo a possibilitarem diálogo, negociação, pactuação, formulação e, por que não dizer, decisão entre os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Nesse mesmo sentido de construção coletiva dos processos de trabalho, Heckert e Neves⁷ assinalam que "processos de trabalho são campos de produção de saber em que não se aprende por si mesmo, mas onde estão em cena redes de saberes formulados coletivamente". Dessa forma, em vez de funcionar como mera transmissora de supostos saberes prontos, a tarefa de apoiar envolve o árduo trabalho de construir – nesses tempos de corporativismo profissional, de cisão entre pensar e fazer, entre formuladores, executores e recebedores do cuidado – relações de interseção entre saberes e fazeres, relações solidárias e de cumplicidade 'com os' e 'entre os' agentes das práticas⁶.

Apoiar para contagiar atores/atrizes, ativar coletivos, conectar redes

Em linhas gerais, como apontam o documento base para gestores e trabalhadores do SUS^{12,19}, a experimentação do apoio institucional alinhava-se por meio das seguintes finalidades que compõem a função do apoiar, como um apoiar para:

- 1) ampliar a capacidade de análise dos grupos, fortalecendo a grupalidade e, com ela, a composição de relações corresponsáveis, de modo a propiciar, na composição entre sujeitos, em seus diferentes saberes e fazeres, mudanças nas práticas de saúde, qualificando atenção e gestão no SUS. Para isso, é fundamental que o/a apoiador/a disponibilize ofertas ao grupo, por meio das quais se possa interferir no que foi assinalado como campos problemáticos, indicando e construindo coletivamente caminhos para sua superação;
- 2) ativar espaços coletivos, ensaiando arranjos que propiciem a articulação entre sujeitos e coletivos, entre os dizeres e fazeres, entre as mais diversas práticas que permeiam a organização, apostando na possibilidade de, por meio de negociação e contratualização, produzir composição e articulação;
- 3) conectar sujeitos e coletivos, apostando na força dos dizeres e fazeres locais, que, se analisados e articulados, podem produzir rede, uma rede aquecida porque coletiva de produção de saúde, a qual se tece fundamentalmente entre pessoas;

4) agenciar conexões, fiando redes de saberes, cuidados, práticas de cogestão, justamente pela ativação de coletivos, pela articulação entre os/as atores/atrizes envolvidos/as no processo de produção de saúde e pela emergência e lida com os conflitos que disso decorre;

5) mediar a construção de objetivos, princípios e diretrizes comuns que funcionem como norteadores para práticas de trabalho tão plurais e singulares e, a partir de tais norteadores, pactuar tarefas, compromissos e fazer contratos;

6) viabilizar planos de ação, por meio da criação de espaços coletivos de análise e intervenção nos processos de trabalho, planos estes pactuados por atores/atrizes institucionais e sociais.

A função apoio institucional no Plano de Qualificação das Maternidades

O PQM se gesta como uma das ações para a qualificação da atenção ao pré-natal, parto, nascimento e recém-nascido/a, provenientes do Pacto de Redução da Mortalidade Infantil⁽⁹⁾. Organizado e coordenado pela Política Nacional de Humanização (PNH), bem como pelas Áreas Técnicas de Saúde da Mulher (ATSM) e da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), o plano se tece mediante objetivo de

⁽⁹⁾ Mais detalhes, ver relatório final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/Rede Cegonha (10).

[...] apoiar o processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal de 26 maternidades inseridas em uma rede perinatal nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste brasileiros. Para tanto, o PQM se configurou como um conjunto de ofertas metodológicas (modos de fazer) e técnicas (modos de assistir e de cuidar) para: promover mudanças na gestão e modelo de atenção ao parto e nascimento nessas maternidades; articular e fomentar redes de cuidados perinatais (integração de pontos de atenção da rede SUS, entre outros, as maternidades do território, outros serviços de referência no cuidado materno e infantil e a Estratégia de Saúde da Família), sobretudo, por meio da organização de espaços de cogestão, tais como os fóruns perinatais.¹⁰

A partir da compreensão de que, para se efetivarem projetos de defesa da vida e da saúde de mulheres e crianças, faz-se crucial operar mudanças nas práticas cotidianas de trabalho em saúde, atuando nos serviços – bem ali junto a trabalhadores/as, gestores/as e usuários/as, sem prescrições, e sim com construção coletiva para qualificar a gestão e a atenção à saúde materna e infantil –, o PQM teve como espinha dorsal a estratégia metodológica do apoio institucional.

Pode-se dizer, assim, que o Plano traduziu-se numa experimentação da função apoio institucional em 26 maternidades da Amazônia Legal (AL) e Nordeste (NE), cujo foco foi interferir e transformar práticas de gestão e atenção ao parto e nascimento, e fomento de redes na tentativa de enfrentar as altas taxas de mortalidade materna e infantil nessas regiões. Se, a partir desse pequeno espaço de tempo em que o Plano esteve ativo, não podemos afirmar o direto efeito na queda de tais taxas, podemos – por meio dos dados produzidos pelo processo de acompanhamento avaliativo do PQM e condensados no relatório final¹⁰ – perceber mudanças no cotidiano dos processos de trabalho dessas maternidades: que

tiveram sua ambiência modificada; que tiveram o direito a acompanhante processado junto a equipes e usuários/as e, dessa forma, sendo no processo garantido; que tiveram, com a implantação do dispositivo classificação de risco, suas portas de entrada qualificadas e a diretriz acolhimento fortalecida como uma lógica que atravessa todo o serviço, em todos os momentos de estada da usuária e de seu bebê na maternidade; que tiveram colegiados gestores implantados, aumentando o grau de cogestão desses serviços; que tiveram suas ouvidorias qualificadas; que, mediante participação de seus/suas atores/atrizes nos fóruns perinatais, puderam se articular com outros serviços, outros/as atores/atrizes, ativando redes de coletivos preocupados com a qualificação da assistência ao parto e ao nascimento.

Em última análise, tendo como fio condutor a estratégia do apoio institucional, a inovação do PQM situa-se em:

1) trabalhar com quatro diretrizes de humanização, de forma articulada, em um processo de intervenção em maternidades, quais sejam: cogestão; direito a acompanhante e ambiência; vinculação da gestante, desde o pré-natal ao local de parto, em uma rede integrada de cuidados; acolhimento em rede e acolhimento e classificação de risco;

2) oferta de um modo de ação cuja finalidade foi desenvolver a operacionalização e a articulação entre as diretrizes por meio de discussões e acordos envolvendo todos/as os/as profissionais^(h) das maternidades, bem como movimentos sociais.

Esse processo continua com a Rede Cegonha (RC) que, instituída em 2011⁽ⁱ⁾, partiu das ações efetuadas no PQM, mantendo a aposta no apoio institucional mediante entendimento de que, para mudar modelo de atenção e de gestão, é preciso intervir nas práticas cotidianas dos serviços, incluindo o cenário da Atenção Básica e investindo na constituição e/ou fortalecimento de fóruns perinatais como estratégia de mobilização social e produção de rede. Pode-se dizer que a RC amplia o PQM sob o ponto de vista extensão territorial, como também reforça a trajetória já iniciada com o PQM de, além do apoio realizado nas maternidades junto a equipes, se trabalhar numa perspectiva de produção de redes de cuidado materno e infantil. A RC vem, assim, agregando, às diretrizes de humanização do PQM (acolhimento em rede e com classificação de risco/vulnerabilidade; cogestão; direito a acompanhante de livre escolha da gestante; e ambiência), outras questões fundamentais, tais como: a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, aumento da abrangência do cuidado a crianças de até dois anos de idade, mudanças no modelo de gestão da rede materno-infantil, com indução financeira, implantação de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas da Gestante e Bebê (CGBP). Por fim, antes de retomar a discussão do apoio institucional no PQM, vale dizer que a RC permanece tendo, como norte ético-político, o agir em saúde pautado no direito à saúde como valor central, em especial os direitos à saúde da mulher, do/a recém-nascido/a e da criança, convidando-os/as a exercitar o protagonismo no processo de produção do cuidado¹⁰.

Em linhas gerais, o apoio institucional figura tanto no PQM como na RC como estratégia político-metodológica dada a sua capacidade de favorecer mudanças almeçadas na atenção e na gestão ao parto e ao nascimento. Como já foi dito, mediante a operação da função apoio institucional, colocam-se em análise as relações estabelecidas entre os sujeitos e suas práticas; levantam-se, coletivamente, situações que possam funcionar como analisadoras do processo de trabalho, indicando problemas e possibilidades de enfrentamentos; buscam-se situações-analisadoras que tragam consigo a possibilidade de desestabilizar práticas 'desumanas' naturalizadas no cotidiano de trabalho em saúde.

^(h) A esse respeito, vale apontar como lacuna, a ser considerada nas novas experimentações, o baixo envolvimento de usuários/as no processo de feitura do apoio institucional realizado no PQM. De modo geral, basta analisar seus relatórios de gestão; também se pode observar que a PNH opera muito focada no apoio a coletivos de trabalhadores/as e gestores/as.

⁽ⁱ⁾ A Portaria 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Já a Portaria 2.351/GM/MS, de 5 de outubro de 2011, faz alterações na Portaria 1.459.

^① Saliente-se que discussões a esse respeito apareceram de modo muito pontual no PQM, mas as apontamos aqui por apostarmos que são justamente essas situações conflitantes, tensas, atravessadas por questões culturais, que precisamos analisar com a função apoio.

Sendo assim, no PQM, o apoio institucional atuou perturbando tendências tecnocráticas de se lidar com os eventos que envolvem o entorno da gravidez, do parto e do nascimento. Além disso, mediante apoio, pode-se ousar intervir nos atravessamentos da moral – “arrimo do instituído”²⁰ – e, com ela, de uma moral de gênero^① no cuidado. Sabe-se que é no contexto do biopoder² que se gestam a biomedicina, o hospital como *máquina de curar*, a anatomia e, com ela, o dimorfismo sexual (ou se existe como corpo de homem ou como corpo de mulher), justificando-se e naturalizando-se, a partir daí, hierarquizações entre homens e mulheres, a partir da exposição biológica e corporal. Nesse processo, o corpo de mulheres grávidas parece ser alvo de uma dupla sujeição: 1) sujeição de um corpo de mulher a saberes e poderes que o desqualificam como um corpo que, identificado com a ‘natureza’ (num panorama em que se ‘prega’ o conhecer para controlar a natureza), precisa de intervenções normalizadoras; 2) na medida em que gravidez tende a ser transmutada em doença e mulher grávida em ‘doente’, sujeição do corpo de mulheres grávidas a fazeres, saberes e poderes biomédicos, ou seja, a intervenções e decisões da equipe de ‘saúde’ sobre seus corpos e seus modos de cuidar de si e do bebê.

No sentido de produzir perturbação nesse cenário de (des)cuidado, não podemos aqui deixar de falar da naturalização de certas concepções e hierarquizações de gênero e raça/cor que tendem, ainda nos dias de hoje, a acompanhar a atenção materna produzida, com destaque para o fato de que as mulheres grávidas que mais morrem no Brasil são mulheres negras; e que o corpo da mulher alvo do cuidado em saúde tende a ser naturalizado e subsumido à tríade mulher-heterossexual-mãe. Ou seja, o cuidado produzido parece ser atravessado por uma moral de raça/cor e de gênero. Por meio desse atravessamento, tende-se a produzir práticas institucionais violentas, preconceituosas e naturalizadas, tais como racismo institucional, o não-acolhimento – ou acolhimentos ‘enviesados’ - a situações de abortamento (como em casos relatados por apoiadoras/es de maternidades em que mulheres nessa situação eram postas ao lado de mulheres que estavam parindo, como que ‘punindo’ aquele corpo que estava abortando quando ele ‘deveria’, por ser um corpo de mulher, estar sempre apto a parir) e de gravidez na adolescência (uma moral de faixa etária também tende a atravessar o cuidado, prescrevendo idades ‘certas’ e ‘erradas’ para engravidar). Essa mesma moral de gênero parece figurar ainda na não-permissão de homens como acompanhantes (dados produzidos por meio dos relatórios das apoiadoras/es institucionais de maternidades apontam que, quando o direito a acompanhante é garantido, muitas vezes, a parte que fala da livre escolha da mulher é ‘esquecida’ quando essa escolhe ser acompanhada por um homem, sob alegação de tirar a privacidade das demais parturientes e, assim, ao lado da justificativa da ambiência inadequada, se encerra a discussão, alijando muitos pais do direito de ver seus/suas filhos/as nascerem); e nas intervenções demasiadas, impostas sem negociação sob o corpo da mulher grávida bem como sob o corpo do bebê etc. É justamente nesse cenário em que se desenrolam práticas muitas vezes ‘desumanizadoras’ de assistência ao parto e nascimento que, operando a função apoio institucional, se almeja interferir: bem ali onde as práticas em saúde se fazem, produzindo composição entre corpos, sujeitos e coletivos para análise, intervenção e mudanças no cotidiano dos processos de trabalho em saúde materna e infantil, na tentativa de fazer coletivamente se exercer o direito à saúde, garantido constitucionalmente.

Com o PQM, apostou-se que, para diminuir a mortalidade materna e infantil, é preciso não nos acomodarmos com práticas instituídas de atenção ao parto e nascimento, como os muitos toques na mulher por tantas mãos, por uns/umas e

por outros/as que, com ela, não têm vínculo, para verificar dilatação. O que se quer é 'bulinar' questões como essa, em vez de continuar acreditando que as coisas são o que são:

a) rever o atual modelo assistencial caracterizado pela submissão da mulher ao saber biomédico;

b) intervir em vez de seguir 'fazendo de conta' que violência institucional contra mulheres grávidas não mais existe. Não é raro, por exemplo, mulheres ouvirem frases do tipo: 'se não doeu para entrar, não grite para sair'²¹;

c) discutir a naturalização do corpo da mulher, entendido, dentre outras coisas^(k), como defeituoso e potencialmente perigoso, justificando, assim, a necessidade de intervenção biomédica sobre o mesmo, com o uso indiscriminado de ocitocina e o excesso de cesarianas e o conseqüente baixo ou nulo protagonismo da mulher na cena do parto²²;

d) baixa articulação entre os serviços da rede SUS²³;

e) pouca ou não-incorporação de práticas efetivas e recomendadas para o cuidado humanizado do parto e nascimento, as chamadas "boas práticas do parto e nascimento"^{(l)24,25}.

No PQM, o sentido indicado da mudança foi justamente o de incorporação ou fortalecimento das 'boas práticas' nos serviços apoiados. Entretanto é preciso aqui lembrar: não há 'o' modo correto de fazer, "senão modos que, orientados por premissas éticas, políticas e clínicas, devem ser recriados considerando especificidades de cada realidade", organização, serviços e equipes de saúde⁶. Sendo assim, as intituladas 'boas práticas' do parto e do nascimento não dizem respeito ao 'bem', ao 'correto', mas à experimentação de modos de fazer em saúde neonatal e obstétrica que, respeitando os direitos reprodutivos, partam do protagonismo da mulher, do/a recém-nascido/a, dos/as familiares. Nesse sentido, a produção do cuidado perinatal deve se dar de forma compartilhada, não para, mas com a mulher e seus/suas familiares, valorizando os diferentes saberes e fazeres que estão em jogo (de profissionais de saúde, dos/as familiares, da mulher) e abrindo espaço para a negociação da gestão do cuidado.

Dessa forma, o desdobramento esperado da construção desse espaço de habitação coletiva de análise e intervenção nas práticas de trabalho, operada pelo apoio institucional foi, e ainda é, o reposicionamento dos sujeitos (possibilidade de produzir novas formas de vida/trabalho) na cena do pré-natal, do parto, do nascimento, do puerpério e do acompanhamento da criança. Esta é a aposta: experimentar cogestão, ativar coletivos e conectar redes para, a partir de tal experimentação, produzir contágio e mudança cultural no SUS, nas organizações, nas secretarias, nos serviços, nas equipes, na gestão e no cuidado em saúde, passando-se a pautar o agir em saúde no exercício compartilhado de análise e de tomada de decisões em espaços coletivos.

Reafirmação de uma aposta

A humanização, de forma geral, e a humanização do parto e nascimento, de modo particular, são processo e processo em curso. Nesse sentido, são inegáveis os avanços produzidos e oficializados nos aparatos jurídico-legais^(m). Mas o SUS é obra aberta, produto da Reforma Sanitária e produção inconclusa do direito à saúde. Permeado tanto pelas inovações – científicas, sociais, políticas, jurídicas etc. – quanto pelos limites dos tempos biopolíticos atuais, o sistema coloca-nos alguns tensionamentos e disputas que apontam justamente a necessidade de abrir espaço para a dimensão constituinte do SUS, aquela que pede pelo engajamento de diferentes sujeitos e coletivos nos fazeres cotidianos de um SUS que pode dar

^(k) Esse "dentre outras coisas" não é dispensável nesse texto, uma vez que, por exemplo, também mediante naturalização do corpo da mulher como um corpo que necessariamente tem de parir, ou seja, mediante a naturalização da sequência mulher-heterossexual-mãe, observa-se desassistência a situações de abortamento e considerável número de mortes de mulheres por conta disso.

^(l) Registre-se que as publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS) constituem-se como importantes referenciais para a temática da humanização do parto e nascimento, traduzindo o esforço em afirmar como direções relevantes: o respeito à fisiologia da mulher, as boas práticas baseadas em evidências científicas, os aspectos para a maternidade segura. Destaquem-se os textos *Assistência ao parto natural*, publicado em 1996, e *Maternidade segura*, lançado em 1998 e editado para o português em 2003. Ambos apontam um investimento que atravessa duas décadas para a criação de bases e diretrizes para a humanização do parto e do nascimento.

^(m) No que se refere aos marcos legais, nos parece relevante destacar que, em 2005, foi sancionada a Lei Federal 11.108, pela garantia do direito das mulheres a terem um acompanhante de livre escolha antes, durante e depois do parto. Em decorrência da grande resistência por parte das maternidades em efetivar esse direito, em 2010, o Conselho Nacional de Saúde reafirmou a legislação (Recomendação 009/2010). Já em 2007, a Lei Federal 11.634 passou a garantir, à gestante, o direito à vinculação desde o pré-natal à maternidade, onde receberá assistência seja no parto, seja em caso de intercorrência, incluindo o transporte de urgência, se necessário.

certo e que, se olharmos com olhares micropolíticos, mais atentos às sutilezas que vão deixando rastros e ganhando relevo, olhares que não se conformam com o que parece óbvio e com as coisas sendo o que são – um SUS que não funciona –, vemos surgir aqui, ali e acolá, de forma contingencial, fagulhas saltitantes que se desprendem de experimentações de um SUS que dá certo.

O que queremos dizer é que a legislação e o exercício do direito à saúde são duas dimensões que caminham ora de forma concomitante, ora evidenciam as distâncias que ainda devem ser percorridas coletivamente. Para produzir política efetivamente pública, acionar coletivos, fazer do SUS uma aposta comum, parece ser necessário – mais do que avanços na legislação, ou, pelo menos, não só – experimentar o trabalho em saúde como permanente processo de criação de si e do mundo²⁶, um *ethos* pelo direito à saúde de qualquer um/a. Árdua tarefa de agenciar coletivos, de construir pactos éticos em prol da experimentação de formas de vida, inclusive em comuna, que façam frente ao acirramento da competição, do individualismo, do ativismo de práticas profissionais automatizadas e naturalizadas.

Retomemos: a função apoio institucional é um método que vai nesse sentido de possibilitar a experimentação do processo de trabalho como espaço de produção de si e do mundo, de construção de derivas e bifurcações dos modos atuais de pensar e fazer saúde, de fabricação de diferenças. Diferir, desnaturalizar ‘o’ dado mundo da saúde, produzir para ela outros mundos. E essa produção se trata, sempre, de uma maquinação coletiva. Nesse sentido, é que apoiar pode se traduzir em agenciar coletivos, quando se entende que agenciar é justamente “estar no meio, sobre a linha de encontro entre dois mundos. Agenciar-se [...] é criar algo que não está nem em você nem no outro, mas entre os dois, neste espaço-tempo comum, impessoal e partilhável que todo agenciamento coletivo revela”²⁷. A única unidade do agenciamento “é a de cofuncionamento, ligando estado de coisas, estado de corpos e enunciados em relações de vizinhança com limites móveis e sempre deslocados”²⁸. Fazer um corpo para o apoio institucional é também, nesse sentido, produzir um espaço de experimentação comum.

A experimentação no PQM sinaliza para a reafirmação da aposta da PNH na função apoio como estratégia metodológica, por meio da qual se podem produzir mudanças nas práticas de atenção e gestão no SUS, qualificando-as, insistindo na dimensão constituinte do SUS, aquela que convoca todos/as e cada um/a de nós a participarmos do seu processo de feitura. Por meio do acompanhamento avaliativo das ações desenvolvidas nas 26 maternidades que compuseram o PQM, pode-se dizer que é possível enfrentar iniquidades em saúde com ações que promovam tanto a qualificação técnica quanto o fortalecimento do compromisso ético do fazer coletivo em saúde. Em outros termos, o apoio institucional no qual apostamos, que diz de um modo de fazer de uma humanização na qual também apostamos, toma corpo pela tessitura de um campo coletivo de análise e interferência que incida na concretude dos processos de trabalho e – apostando numa micropolítica do cotidiano – possa reencantá-los, mediante produção de novos agenciamentos e conexões que façam vibrar as naturalizadas rotinas automatizadas e racionalizadoras das redes, serviços e práticas de atenção à saúde.

Colaboradores

Os autores Michele de Freitas Faria de Vasconcelos, Cátia Paranhos Martins e Dagoberto de Oliveira Machado participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Foucault M. Segurança, território, população. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
2. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 2001.
3. Souza T. O fora do Estado: considerações sobre movimentos sociais e saúde pública. In: Carvalho S, Barros M, Ferigato S, organizadores. Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009. p. 42-52.
4. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Cienc Saude Colet. 2005; 10(3):561-71.
5. Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. Interface (Botucatu). 2009; 13 Supl. 1: 493-502.
6. Pasche D, Passos E. Apresentação, cadernos temáticos PNH: formação em humanização. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS, v. 1: formação e intervenção. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. p. 5-12.
7. Heckert ALC, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS, v. 1: formação e intervenção. Brasília, DF: MS; 2010. p. 13-28.
8. Lourau R. Análise institucional. Petrópolis: Vozes; 1995.
9. Ministério da Saúde. Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010. Brasília, DF: MS; 2010. (Série ODM Saúde Brasil, v. 3)
10. Ministério da Saúde [internet]. Relatório final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/Rede Cegonha. 2012 [acesso 2013 Mar 1]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RELATORIOFINALPQMfinal.pdf>
11. Ministério da Saúde. Curso de formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Projeto de Cooperação Técnica. Brasília: MS; 2006.
12. Oliveira GN. Apoio institucional: orientações metodológicas para o trabalho do Apoiador da Política Nacional de Humanização. Texto referente ao 4º produto PNUD. 2011. [acesso 2013 Mar 10]. Disponível em: <http://apoioparaosus.net/wp-content/uploads/2011/11/Orienta%C3%A7%C3%B5es-metodol%C3%B3gicas-apoio-PNH-2011-GustavoNunesOliveira.pdf>
13. Santos Filho S, Barros M, Gomes R. A Política de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface (Botucatu). 2009; 13 Supl. 1:603-14.
14. Campos G. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
15. Veyne P. Como se escreve a história: Foucault revoluciona a história. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2008.
16. Rocha M, Aguiar K. Entreatos: percursos e construções da psicologia na rede pública de ensino. Rev Estud Pesqui Psicologia. 2010; 134-50.
17. Vasconcelos M, Morschel A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. Interface (Botucatu). 2009; 13 Supl. 1:729-38.
18. Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.

19. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
20. Paulon S. A desinstitucionalização como transvalorização. Apontamentos para uma terapêutica ao niilismo. Athenea. 2006; 10:121-36.
21. Aguiar J, D'Oliveira A. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface (Botucatu). 2011; 15(36):79-92.
22. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009; 19(2):313-26.
23. Lansky S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a gestante e a criança no SUS – BH: a experiência da Comissão Perinatal. Saude Debate. 2006; 36:10-7.
24. Ministério da Saúde, Febrasgo, Abenfo. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: MS; 2001.
25. Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
26. Kastrup V. A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Campinas: Papyrus; 1999.
27. Escóssia L. O coletivo como criação na saúde pública. Interface (Botucatu). 2009; 13 Supl. 1:689-94.
28. Neves CAB, Heckert ALC. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. Rev Estud Pesquis Psicol. 2010; 10(1):151-68.

Vasconcelos MFF, Martins CP, Machado DO. El apoyo institucional como hilo conductor del Plan de Cualificación de las Maternidades: Política Nacional de Humanización en defensa de la vida de las mujeres y los niños brasileños. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:997-1011.

La Política Nacional de Humanización (PNH) ha estudiado el apoyo institucional como una estrategia metodológica de interferencia en las formas de gestión y cuidado en el Sistema Brasileño de Salud (SUS), procediendo a su calificación. En este artículo, buscamos analizar la relación entre la función del apoyo institucional y la humanización, utilizando la experiencia adquirida en el Plan de Calificación del Maternidades (PCM), para el cual la función de la PNH se concentró precisamente en el objetivo de diseñar la función del apoyo institucional. Con base en el entendimiento de que para cambiar el modelo de atención y gestión al parto y al nacimiento es necesario interferir en las prácticas de salud "deshumanizadoras", en el PCM el apoyo institucional se constituyó como un hilo conductor, cuyo alcance fue tejer una red de producción colectiva de la salud materna e infantil, mediante la creación de espacios colectivos de análisis e interferencia en las prácticas.

Palabras clave: Apoyo institucional. Gestión conjunta/gestión participativa. Humanización parto. Redes perinatales.

Recebido em 05/06/13. Aprovado em 18/07/13.

